Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2020; 40(138): 33-54
doi: 10.4321/S0211-57352020000200003

Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas

Maternity and maternal identity: therapeutic deconstruction of narratives

Rocío Paricio del Castillo[a], Cristina Polo Usaola[b]

a) Psiquiatra Especialista de Área. Centro de Salud Mental de San Blas, Madrid.
b) Psiquiatra Especialista de Área. Jefa del Centro de Salud Mental de Hortaleza, Madrid.

Correspondencia: Rocío Paricio (rocio.paricio@salud.madrid.org)

Recibido: 22/01/2020; aceptado con modificaciones: 12/09/2020

Resumen: La identidad se construye en la infancia mediante la interacción entre el sujeto y el ambiente, y se va transformando a lo largo de la vida en función de las experiencias del individuo, las relaciones interpersonales y los discursos culturales predominantes. Históricamente, un constructo de repercusión fundamental en la generación de la identidad ha sido el concepto binario de género masculino/femenino, que suponía la asignación de roles sociales diferenciados a hombres y mujeres. En la mujer, la maternidad implica el nacimiento de una nueva identidad a menudo ligada a narrativas rígidas respecto a la "buena madre", heredadas de los modelos de socialización tradicionales y patriarcales, que entran en conflicto con otros discursos de realización personal. Las dificultades para adecuar las propias decisiones a la narrativa de la "buena madre" generan síntomas de ansiedad, impotencia y frustración en las mujeres, y han propiciado un importante debate social con opiniones encontradas respecto a los modelos de crianza y cuidados de los hijos. En esta revisión, se propone una guía de exploración y abordaje terapéutico narrativo para ayudar a las mujeres que atendemos en la consulta a cuestionar los discursos sociales que les provocan malestar emocional y validar su toma de decisiones respecto a las distintas formas de crianza y maternidad.

Palabras clave: maternidad, identidad, terapia narrativa, género, feminismo.

Abstract: Identity is built during childhood through the interaction of subjects with their environment and circumstances, and is subsequently modified during their lifetime depending on their different individual experiences, the interpersonal relationships they establish, and the predominant cultural discourse. Historically, we can define the binary concept of "gender", male/female, as a fundamental factor of identity building that assigns very different social roles to different individuals depending on them being categorized as male or female. To women, maternity implies the birth of a new identity, which is traditionally linked to fairly strong pre-established cultural narratives about what a "good mother" is. This is, in turn, related to the traditional patterns of socialisation, which may spark a conflict against other cultural discourses centred around personal fulfilment. The difficulties that arise when trying to accommodate their self-decisions to the "good mother" narrative may generate anxiety symptoms, a sense of helplessness, and frustration among women. This struggle has propitiated and encouraged an important social debate with very opposing views about child rearing, nurturing, and care. In this revision paper, we propose a guide for exploration and management based on narrative therapy to help women we assist in our medical practice to question the social discourses that generate such emotional uneasiness and to validate their own decisions regarding the different approaches to child-bearing and rearing.

Key words: maternity, identity, narrative therapy, gender, feminism.

Introducción

No existe una definición unánime para el concepto de "identidad": se trata de una noción muy compleja en cuya formación intervienen aspectos interaccionales entre el sujeto y el medio, que emerge del juego entre los procesos cognitivos, las relaciones interpersonales y los discursos sociales predominantes en cada momento histórico y cultural (1). La visión que una persona tiene de sí misma se configura en la infancia y se va transformando en relación a sus contextos y sus interacciones sociales a lo largo de la vida; por ello, la identidad no es única ni estática, como tampoco lo son las relaciones, los medios o los roles. Así, una persona puede definirse –y redefinirse– a sí misma mediante múltiples narrativas en sus distintos momentos vitales.

Históricamente, el género como categoría binaria (masculinidad/feminidad) ha sido uno de los conceptos con mayor repercusión en la generación de la identidad, considerando sus atributos como inherentes al sexo biológico (hombre/mujer). De esta manera, la construcción de las identidades femenina y masculina se realizaba de acuerdo a unos estándares sociales que fomentaban modos de sentir, pensar y actuar diametralmente opuestos, lo que contribuía al mantenimiento de un reparto de roles y un orden social de características patriarcales (2). El género como una realidad biológica, fija e inmutable, se vio cuestionado a partir del siglo XX con el nacimiento de

las corrientes constructivistas del conocimiento. Estas consideran las realidades acerca del género como acuerdos sociales que, lejos de resultar innatos e inherentes al sexo biológico, varían a través de la historia y de las diferentes culturas (3).

Al analizar con perspectiva de género los discursos que han predominado en Occidente, se comprueba que el patriarcado asoció, desde una visión dualista del ser humano, al hombre con "la razón" y a las mujeres con "el cuerpo" y sus atribuciones peyorativas de irracionalidad, impulsividad y seducción (4). El sometimiento de los cuerpos de las mujeres, despojados de su deseo y reducidos a meros objetos sexuales al servicio de los hombres, ha sido una práctica habitual del patriarcado. Las características biológicas exclusivas de la mujer se asociaron a una feminidad "enloquecida", y autores clásicos como Hipócrates o Platón no dudaron en culpar al útero (en griego, *hysteron*, término del que procede la palabra "histeria") de ser "un animal" que, si no se saciaba con embarazos, migraba por el cuerpo de las mujeres generando toda suerte de síntomas físicos (5). La función reproductiva, criadora y socializadora que la mujer ha llevado al cabo de los siglos por medio de su maternidad se estableció como seña identitaria femenina, que, sin embargo, también se vio alienada en sus formas y en sus significados. Sau habla del "vacío de la maternidad" para explicar la ausencia de espacio simbólico y real de la madre, sometida al padre hasta el punto de sentirse "obligada" a tener hijos varones para satisfacer las necesidades narcisistas de este y su linaje patriarcal (6). Según refiere Blaise, el patriarcado aprovechó esta ausencia simbólica para sustituir a la verdadera madre por un fantasma –la "*fantasmadre*"–, constituida por una serie de mitos y despojada de realidad (7). El conocido mito de la "buena madre" supondría que todas las mujeres cuentan con una fuerza instintiva que las empuja al sacrificio y la abnegación completa en aras de sus hijos; o, en palabras de Rich: "La maternidad institucionalizada exige de las mujeres 'instinto' maternal en vez de inteligencia, generosidad en lugar de autorrealización y atención a las necesidades ajenas en lugar de a las propias" (8). Todos estos discursos han sido profundamente cuestionados desde el pensamiento feminista y, aunque los importantes cambios culturales acontecidos recientemente en las sociedades occidentales han introducido nuevos estereotipos de maternidad y de mujer, todavía no han logrado deshacer completamente en el imaginario colectivo los presupuestos heredados de la "buena madre" (9).

A continuación, pretendemos revisar el papel que la maternidad desempeña en la construcción de la identidad de la mujer que es madre, así como los síntomas que pueden surgir cuando maneja narrativas rígidas, transmitidas socialmente, respecto a la "buena madre", y su abordaje desde la perspectiva de la terapia narrativa. Las autoras situamos este texto desde nuestro lugar de mujeres, psiquiatras, feministas y madres (una, madre reciente; la otra, desde hace años); ejes que consideramos relevante explicitar, pues atraviesan nuestras experiencias, nuestro aprendizaje, nuestro conocimiento y, por supuesto, nuestros discursos.

Debido a la conceptualización social predominante de una categoría binaria de género (mujer/hombre), las características reproductivas específicas de la mujer y su atribución aún generalizada de las funciones maternales, limitaremos esta revisión a la construcción de la identidad materna en la mujer, a sabiendas de que con ello estamos excluyendo modelos de familia minoritarios pero emergentes en los que el ejercicio de la maternidad es compartido o lo realiza una persona distinta a la madre.

IDENTIDAD, GÉNERO Y MATERNIDAD

a) *Demografía de la maternidad*

España es el país con menor tasa de fertilidad de Europa, ocupando el último de los puestos de nuestro continente y uno de los más bajos del mundo. El número de nacimientos por mujer es de 1,34; muy por debajo de la media europea (1,6) y del índice considerado sostenible en demografía (2,1). Además, junto con Italia, el nuestro es el país europeo con la edad materna más elevada: la media de edad de las mujeres en Europa para tener hijos son 29 años, frente a los 30,8 en España; y mientras en Europa más de la mitad de las mujeres tienen su primer hijo antes de los 30 años, en España esa cifra solo alcanza un tercio del total (10).

Coincidiendo con la crisis económica que sacudió con fuerza nuestro país a partir de 2008, en los últimos diez años se ha producido una abrupta caída en la tasa de nacimientos y un aumento progresivo de la edad materna. En la época previa a 2008, la mayoría de las mujeres españolas tenían su primer hijo antes de los 29 años. Desde entonces, los datos reflejan que esta edad se ha ido posponiendo de manera acelerada y se han incrementado las maternidades posteriores a los 40 años, con una tasa que se ha triplicado desde el año 2000 (hasta llegar a un 6,6% del total de madres) (10).

Estos datos, muy distanciados de la mayoría de los Estados de Europa, traducen una realidad socioeconómica que afecta a una gran cantidad de españolas. Las desigualdades de género en materia laboral (paro, precariedad laboral, brecha salarial, menor acceso de las mujeres a contratos indefinidos, feminización de la pobreza…) y social (escasas prestaciones de maternidad y medidas de conciliación laboral, persistencia de asignación de roles tradicionales en materia de cuidados, doble jornada femenina) podrían influir en la decisión de muchas mujeres de posponer o renunciar a la maternidad.

b) Consecuencias de los cambios demográficos de la maternidad en las mujeres

Los condicionamientos socioeconómicos en la decisión de tener hijos suponen un impacto en la salud las mujeres. Por un lado, tal y como ha revisado Sauer

(11), las maternidades tardías suponen mayores riesgos físicos para la mujer (mayor tasa de abortos espontáneos y de enfermedades genéticas, incremento del índice de diabetes gestacional, incremento del riesgo en el embarazo y el parto, mayor índice de prematuridad y bajo peso en los recién nacidos…), y la reducción de fertilidad asociada a la edad obliga a recurrir en muchas ocasiones a técnicas de reproducción asistida que pueden conllevar tratamientos largos y costosos tanto a nivel económico como emocional (11). Por otro lado, si la renuncia a la maternidad no procede de una decisión libre y voluntaria de las mujeres, sino que se trata de una exigencia impuesta por un contexto socioeconómico que además invisibiliza y niega las necesidades específicas de los bebés y de las madres, podemos entonces intuirla como una nueva estrategia del patriarcado para continuar su dominación sobre ellas (12).

La problemática actual de las mujeres que deciden ser madres no se circunscribe al momento vital en el que deciden serlo, sino que, una vez que su maternidad se hace efectiva, la presión social, el estereotipo de "supermujer" madre trabajadora y la dificultad real de conciliar las distintas identidades de la mujer dan lugar frecuentemente a vivencias de contradicción, sentimientos de culpa, sobrecarga y fatiga mental y física, que pueden cristalizar en cuadros ansiosos o depresivos (13).

Según Alba y colaboradoras (14), a pesar de las mejoras sociales acontecidas en los últimos años, a día de hoy las españolas se siguen debatiendo en una relación conflictiva entre el disfrute de su ciudadanía (derechos sociales, laborales y económicos individuales) y la dedicación a la maternidad, de manera que a más "maternidad" tendrían menos "ciudadanía". La traducción de este fenómeno sería una brecha masiva entre los cuidados (en su concepto más amplio) que dan las madres y los que reciben (14).

c) Maternidad y género

En el último siglo, nuestra sociedad occidental ha experimentado cambios drásticos en su organización política, social y económica, pasando de un modelo totalitarista y autoritario a Estados democráticos y de derechos. Además, se ha producido el advenimiento de un mercado neoliberal hiperproductivo y de consumo. Nuestras formas de relación interpersonal y la organización familiar también han sufrido transformaciones acordes a los nuevos modos de vida. Así, las relaciones entre géneros han experimentado importantes modificaciones. Según Velasco (15), el modelo de género tradicional (con familia nuclear jerárquica con subordinación de la mujer y división sexual del trabajo) dio lugar a un modelo transicional (familia no jerarquizada y mujer que busca su realización combinando el proyecto laboral público con una maternidad cuidadora, con la sobrecarga consiguiente a esa doble jornada) hasta el actual modelo contemporáneo (pareja con mayor relevancia de la

satisfacción individual frente a la permanencia en la misma, importancia del cuerpo y del disfrute; más acorde a un modelo de hiperconsumo) (15). Velasco asegura que estos tres modelos conviven en nuestra sociedad actual, que aún está lejos de alcanzar un auténtico modelo igualitario (16).

Por ello, en la atención a las mujeres en la consulta, creemos que es útil realizar un acercamiento al modelo de género con el que se identifican, pues cada uno de ellos se relaciona con una diferente expresión de los conflictos en la construcción de la identidad femenina y la consideración de la maternidad. Conviene recordar que muchas mujeres que en la actualidad se desenvuelven en modelos transicionales o contemporáneos fueron socializadas según un modelo tradicional de género, que, aunque rechacen a nivel consciente, puede haber cristalizado en sus presupuestos respecto a la labor de la mujer en el sostén del bienestar y los cuidados familiares.

En función de estos modelos, y de las expectativas y los valores personales, las mujeres pueden encontrarse en la disyuntiva de tener que elegir entre distintas narrativas, muy polarizadas y teñidas de juicios sociales, en las que pueden llegar a sentirse atrapadas: la mujer líder e independiente que no puede o no quiere tener hijos para no perder su poder y su libertad; la mujer que desea vivir una maternidad presente y cuidadora con dedicación exclusiva pero teme ser considerada socialmente improductiva; la mujer que busca su desarrollo en el ámbito laboral y en el familiar pero se encuentra con la barrera infranqueable de una conciliación prácticamente inexistente; y muchas otras situaciones más que, alejándose de los estereotipos, suponen variaciones intermedias matizadas por las distintas realidades individuales.

Las corrientes feministas entendieron desde el principio que la liberación de las mujeres requería su independencia económica de los hombres, lo cual, en nuestro modelo social, suponía su incorporación a un mercado de trabajo público y remunerado. En algunos casos, la lucha por la emancipación y la salida de la subordinación llevó a la asunción de un modelo androcéntrico (que buscaba las características clásicamente atribuidas a la masculinidad, como eran el poder, la autonomía, la propiedad y la potencia) y adultocéntrico (que podía no tener en cuenta las necesidades de las niñas y los niños). Paradójicamente, la revolución de género dejó en una posición espinosa a la maternidad, paradigma tradicional de las cualidades teóricamente femeninas (cuidado, abnegación, entrega…), aplazando un debate que hoy parece haber tomado fuerza.

No podemos obviar que estamos ante una problemática con un marcado carácter de género. Las mujeres de nuestra sociedad sufren conflictos entre sus deseos genésicos y el rechazo a los mismos, la doble carga laboral y familiar, la postergación o renuncia a tener hijos, la exigencia laboral durante el embarazo, la obligatoriedad de una rápida incorporación tras el parto debido a las todavía breves prestaciones de maternidad/paternidad y la frecuente ralentización posterior de la carrera profesio-

nal. Por ello, no sorprende que "tener dos o más hijos" sea un factor de riesgo para la salud exclusivo de las madres y no de los padres (16). Además, según recuerda Hays (17), son muchas las dificultades que entraña la crianza en una sociedad que invisibiliza la necesidad de los cuidados y a las personas que los realizan, con un mercado laboral hipercompetitivo que penaliza a las mujeres y se cierra a gestantes y madres, y una red familiar cada vez más atomizada, que considera la crianza como un asunto privado y particular (17).

d) Identidad materna: "el nacimiento de una madre"

El psiquiatra Daniel Stern (18) fue uno de los primeros autores en estudiar el mundo interno de la nueva madre y su influencia en el establecimiento de la relación diádica madre-bebé. Según él, con el nacimiento físico del bebé se produce también el nacimiento de la "psiquis materna": una nueva identidad de la mujer que surge de su sentimiento de ser madre, una vivencia interna universal que resulta incomprensible para las "no-madres" (18).

Stern (19) critica la escasa atención que los modelos teóricos clásicos habían prestado a la influencia de la maternidad en la estructura mental y habla del proceso de la preparación a la maternidad desde el embarazo, con muchas emociones contradictorias que van desde la pérdida de un papel "de hija" (con revisión de la relación con su propia madre) a la conquista de las habilidades necesarias para cuidar al hijo manteniendo el resto de funciones, destacando la relevancia de la historia personal en el desempeño de su nuevo rol. El autor asegura que la maternidad es una asignatura pendiente en nuestra sociedad y recalca que ni siquiera las corrientes feministas ni los profesionales de la salud han dado todavía la importancia necesaria a esta experiencia. También señala que la maternidad supone que la mujer sea vista de una manera diferente por el mundo, y que esta visión de los otros (que la responsabiliza a nivel social de todo lo que les suceda a sus hijas e hijos en lo que él llama la "responsabilidad parental última") la marcará de forma personal, íntima e ineludible (19).

El nacimiento de la madre se produce a través de las experiencias, profundamente transformadoras, que la mujer va atravesando a lo largo del proceso de concepción, gestación, parto y crianza, y sobre las cuales va construyendo su nueva identidad materna. Los cambios físicos y la vivencia corporal de la maternidad biológica pueden desafiar muchos de los discursos sociales que la mujer ha asimilado como propios y que entran en conflicto con cuestiones intrínsecas al proceso reproductivo: la ganancia de peso, la disminución del rendimiento físico, las estrías y cicatrices o la alteración de los ritmos cronobiológicos.

En concreto, el parto es una de las experiencias de mayor trascendencia para las madres y, en función de las circunstancias en las que se produzca, puede dar lugar tanto

a una experiencia satisfactoria y empoderante como a una experiencia altamente traumática con importantes repercusiones en la confianza y el estado psíquico de la nueva madre, lo que, a su vez, puede repercutir en la calidad de la relación que establezca con su bebé (20). Estudios realizados con mujeres de diversas culturas han analizado la vivencia del parto y han comprobado las experiencias de amor, vínculo interpersonal e incluso místicas que a menudo lo acompañan (21). Sin embargo, son muchas las prácticas rutinarias en la atención al parto que han venido realizándose durante décadas en los contextos hospitalarios y que en los últimos años se han visto altamente cuestionadas a nivel social y por la evidencia científica, al demostrarse su potencial traumático sobre la madre y sus efectos nocivos en el desarrollo del bebé. Por ejemplo, hasta épocas muy recientes era imperativo para las mujeres que acudían a parir a los hospitales someterse al rasurado genital y a la colocación de un enema, la práctica de la episiotomía intraparto era casi universal y, tras el alumbramiento, se procedía a una separación sistemática de la madre y el bebé. Otras prácticas habituales consistían en la introducción rutinaria de leche de fórmula (que se vendía, por parte de las farmacéuticas y de algunos profesionales sanitarios, como superior a la materna), el uso de técnicas de aceleración en partos de bajo riesgo obstétrico, la realización de cesáreas sin indicación clínica o maniobras intraparto actualmente desaconsejadas por la mayoría de los organismos sanitarios internacionales. En este contexto, las mujeres comenzaron a denunciar como violentas muchas de las prácticas obstétricas realizadas contra ellas por los profesionales sanitarios. A esto se sumó un mayor interés en la comunidad científica y un aumento de las investigaciones. En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que "un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto plantean un panorama alarmante. Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud", añadiendo que "estas prácticas podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé" (22).

Recientemente, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha reconocido la existencia de la violencia obstétrica en un informe en el que se refiere que "se ha demostrado que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático" que hasta el momento no se había abordado plenamente desde la perspectiva de los derechos humanos (23). El informe propone una lista de recomendaciones a los Estados para atajar este problema y resarcir a las víctimas. Así, la lucha de muchas mujeres por la recuperación de sus partos y la emergencia de una corriente de denuncia de la violencia obstétrica como última frontera de la violencia de género está cobrando una relevancia social cada vez mayor, y podrían ayudar a muchas madres a construir y reconstruir relatos maternales de logro, dignidad y de poder.

La maternidad y feminidad han sido dos conceptos identitarios clásicamente ligados entre sí, de forma que lo femenino se ha definido con muchas de las ca-

racterísticas que se presuponen a lo materno y lo materno ha quedado relegado a un asunto exclusivamente femenino, en ocasiones socialmente mistificado, a cuyas necesidades prácticas no se ha prestado la suficiente atención política. El cuestionamiento de los rígidos discursos construidos en torno a la mujer que llevó a cabo el feminismo no ha intentado definir el papel de la maternidad en una sociedad igualitaria hasta una época reciente, cuando el debate parece haberse enconado en lo que autoras como Gimeno (24) denominan *mommy war* o "guerra de madres", en la cual se discute si algunas formas de crianza, como la lactancia materna, se están empleando para establecer un nuevo paradigma social de la "buena madre" (24).

Resulta interesante analizar cómo en el modelo tradicional de género la feminidad se define con muchas de las características eminentemente maternales (cuidados, calidez, empatía, sensibilidad, atención a las necesidades del otro…), lo que cierra el discurso en torno a lo que supone "ser una mujer" y, a su vez, mitifica la maternidad como un estado ideal y aspiración última de todas las mujeres. Nuevamente, los discursos predominantes tratan de imponerse a la experiencia individual. El juicio social responsabiliza a las madres de las dificultades que pueden surgir en el desarrollo psicoafectivo de los niños, al tiempo que minusvalora las renuncias y los cuidados maternales, considerados como la actuación "normal" e instintiva de todas las mujeres. Además, al generar en el imaginario colectivo una descripción única sobre las cualidades maternas, puede condicionar a las mujeres que son madres y favorecer el cuestionamiento de sus decisiones.

Pero, ¿realmente hay una única forma de ser una "buena madre"? ¿Quién la define? ¿Existe en verdad una biología de la maternidad, como la hay del embarazo, del parto, de la lactancia? ¿Quién puede decidir sobre la búsqueda, la evitación o la interrupción de un embarazo? ¿Son las mujeres realmente las dueñas de sus partos? ¿Acudir a parir en hospitales bajo una supervisión médica es una elección o una obligación? ¿Siempre tiene beneficios la lactancia materna frente a la artificial? ¿Dónde puede darla una mujer, hasta cuándo está permitida socialmente, en qué momento se empieza a cuestionar que se mantenga? Estas cuestiones, y otras muchas, se plantean continuamente en foros médicos y científicos, en los hogares, en los medios de comunicación. Las posiciones al respecto son encontradas y, en general, resulta difícil escapar de la encrucijada y los aparentes desencuentros que se generan entre la biología y la cultura.

Las ciencias de la salud han intentado ofrecer respuestas estudiando la neurobiología implicada en los procesos que subyacen a la interacción que se establece en la díada madre-bebé, semejante a la de otros animales del orden de los mamíferos: así, diversos estudios han demostrado, por ejemplo, los beneficios de la lactancia materna (25) y del contacto precoz piel con piel del recién nacido con su madre desde el momento del nacimiento (26). En esta primera relación vincular, en la

que la madre realiza una función de contención y regulación física y emocional, a la que se le ha atribuido una importancia fundamental en el desarrollo físico y emocional del bebé, parece que la intercorporalidad entre ambos cobra gran relevancia, lo que necesariamente implica la presencia física de la madre (27). Esta relación cálida e íntima que habitualmente se desarrolla entre la madre y su bebé, y que tiene la función biológica adaptativa de promover la protección y la supervivencia de la cría, suele generar satisfacción y placer en ambos, experiencias en las que también participan los cambios neuroanatómicos y neuroendocrinos que las madres y los bebés presentan en relación al momento del parto (28). La instauración de esta relación puede verse afectada biológicamente, con la separación física madre-bebé después del alumbramiento (práctica que ha sido frecuente durante demasiados años en el ámbito hospitalario), y socialmente, con la interferencia en los ritmos propios de la díada al imponer a la madre el sobreesfuerzo de las tareas domésticas e incluso la incorporación laboral en esa primera etapa. Rodrigáñez (12) apunta a que algunos nuevos modelos de maternidad que apuestan por la disolución de la díada madre-bebé podrían suponer un triunfo del patriarcado, que niega de facto la existencia de esta realidad al anularla de sus propuestas socioeconómicas y convierte la experiencia de la maternidad en una "carga" que anula el deseo materno (12).

Sin embargo, los usos que en ocasiones se hace de la información aportada desde la biología son controvertidos. Por ejemplo, desde los medios sanitarios se incide constantemente y de manera universal en los beneficios de la lactancia materna a demanda y prolongada, lo que en algunas circunstancias puede generar culpa y reprobación social en las mujeres que optan por la lactancia artificial. Por ello, resulta fundamental que los profesionales sanitarios realicen las labores de promoción de la lactancia sin presionar a las mujeres (29). Además, algunas corrientes de crianza con amplia repercusión mediática han recogido estos datos para defender la presencia insustituible y prolongada en el tiempo de una única figura cuidadora (generalmente, la madre) en el correcto desarrollo psicosocial de los niños; algo que, según otras perspectivas, supone un intento de justificar de manera cientificista el retorno a roles tradicionales de renuncia y cuidado (24).

Quizás, en todo este debate necesario que se ha abierto respecto a las necesidades de las madres, sería interesante repensar también la corresponsabilidad de los padres y el papel que pueden jugar otras figuras de cuidado, así como incluir las necesidades de las niñas y los niños, un colectivo que, por sus características, carece prácticamente de voz social.

Por otra parte, no podemos soslayar los contextos sociales en los cuales tiene lugar la maternidad: en la actualidad, el fenómeno de progresiva disgregación de las redes familiares está dejando en la soledad a las mujeres que deciden ser madres,

que pierden la experiencia compartida entre mujeres y la posibilidad de contrastar el ideal de la "buena madre" con la realidad de los distintos modos de *maternar*. A este respecto, autoras como López-Varela (30) aseguran que las generaciones de mujeres que fueron madres entre las décadas de los 70 a los 90 en nuestro país estaban menos sometidas a la imposición de la "buena madre" que las de ahora, al vivir bajo continuas recomendaciones y advertencias sanitarias que generan una gran presión a la hora de tomar decisiones respecto a la forma de criar a los hijos (30). Otras autoras, como del Olmo (31), exponen las dificultades de la maternidad actual en una sociedad en la que esta se ha privatizado completamente, sin que apenas existan redes maternas y "tribus" de mujeres que se ayuden entre sí en las tareas de crianza (31). La falta de experiencias compartidas podría aumentar la presencia de la "*fantasmadre*" de Blaise a nivel individual, al ser más difícil contrastar los discursos sociales interiorizados con la maternidad real que día a día ejercen las mujeres.

Así, la emergente lucha social frente al discurso predominante de la "buena madre", que provoca y silencia muchos de los malestares de las madres, ha generado en las redes sociales movimientos activistas como el liderado por Baena, conocido como el "Club de las Malasmadres" (32). Estas iniciativas pretenden visibilizar las maternidades reales, en las que las mujeres experimentan dudas, cansancio y dificultades, y favorecer la interacción entre las madres para reivindicar nuevos modelos sociales con los que contrastar las narrativas.

MATERNIDAD Y SALUD MENTAL: CUANDO EL MALESTAR LLAMA A LA PUERTA DE LA CONSULTA

En nuestra experiencia clínica, muchas de las mujeres que acuden a la consulta de profesionales de la medicina y la salud mental solicitando ayuda para síntomas ansiosos o depresivos hacen mención a alguno de los siguientes temas narrativos, que desgranaremos a continuación:

1. Deseo genésico.
2. No deseo genésico (Interrupción Voluntaria del Embarazo).
3. Adaptación a la maternidad: tristeza maternal o "depresión postparto".
4. Percepción de *mobbing* laboral en relación al ejercicio de derechos maternales (bajas en embarazo, lactancia, excedencias por cuidados de hijos, reducción de jornada…).
5. Sobrecarga por doble jornada.
6. Problemas identitarios respecto a la maternidad o a la ausencia de la misma.

1. *Deseo genésico*

Las causas por las cuales una maternidad deseada puede no llegar son muchas y abarcan factores puramente biológicos (infertilidad, esterilidad, enfermedad materna por la cual el embarazo pueda suponer un riesgo físico para la mujer), sociales (situación laboral o económica precaria; en algunos contextos, ausencia de pareja estable) o una combinación de ambos (dificultades en la concepción por maternidad pospuesta o tardía) (33).

Un caso particularmente doloroso de deseo genésico truncado son los abortos espontáneos, que suponen duelos muchas veces silenciosos en los que la pérdida no es comprendida, o ni siquiera conocida, por el medio social de la mujer. La pérdida no deseada de un embarazo puede acompañarse de sentimientos de tristeza, impotencia, rabia o culpa; habremos de explorar cuidadosamente los síntomas de la mujer y su repercusión vital para evaluar la posibilidad de que pueda tratarse de un duelo complicado que requiera un abordaje psicoterapéutico. En ocasiones, la elaboración de estos duelos particulares puede facilitarse poniendo nombre al embrión o feto perdido para darle un lugar propio y que la pérdida no quede reducida a una mera "fantasía" de la madre (34).

Clásicamente, las maternidades frustradas han recurrido a otras formas de establecer una filiación; fundamentalmente, la adopción. La complejidad psicológica del proceso de adopción es un tema que excede el objetivo de este trabajo; no obstante, cabe mencionar la importancia del componente reparativo de la maternidad en los procesos de adopción. Los niños candidatos a procesos de adopción han experimentado una separación de su figura fundamental de apego, y, en muchas ocasiones, esta ha sucedido en contextos de importante sufrimiento psíquico (maltrato, abandono, negligencia, situaciones de violencia o abuso…), por lo que el establecimiento de un apego seguro con la nueva madre se convierte en un proceso más lento y dificultoso (35).

También es reseñable la emergencia de nuevas realidades sociales con dificultades y conflictos propios, como son los métodos de reproducción asistida y la gestación subrogada. Muchas mujeres que recurren a técnicas de reproducción asistida requieren un apoyo psicológico durante el proceso, dada la incertidumbre que se genera en torno a las expectativas genésicas, los tratamientos hormonales a los que se someten y las pérdidas gestacionales que pueden sufrir por el camino. En ocasiones, consisten en procedimientos altamente medicalizados y no exentos de riesgos físicos y psíquicos que quizás tienden a minimizarse. Respecto a la gestación subrogada, se trata de una práctica ilegal en nuestro país, pero a la que cada vez recurren más mujeres y hombres que no pueden, o no desean, albergar en su cuerpo a un hijo biológico. Según expone Olza (36), además de las consideraciones éticas de esta práctica,

que puede suponer la utilización mercantilista del cuerpo de mujeres desfavorecidas, en algunas ocasiones se producen dificultades inesperadas en la generación del apego de la hija o hijo.

2. No deseo genésico: Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

Previamente a la abolición de la ley de supuestos, las mujeres recurrían a los Servicios de Salud Mental para poder interrumpir su embarazo ateniéndose al supuesto de riesgo para la integridad psíquica de la madre, relegando así a las consultas un debate y una responsabilidad todavía pendientes a nivel social. Debido a la ley de plazos, esta demanda ya no coloniza las consultas sanitarias; sin embargo, en la exploración biográfica de las mujeres que acuden con cuadros depresivos o ansiosos y una narrativa referida a la maternidad deseada o truncada, resulta relevante explorar si han tenido alguna IVE previa y si el malestar actual guarda alguna relación con los sentimientos vivenciados al respecto y el silencio social que se suele imponer en este tema. A este respecto, también es importante valorar si la mujer pudo haber experimentado violencia obstétrica en el contexto de la intervención (37), con prácticas que no hayan respetado su autonomía o su dignidad.

3. Adaptación a la maternidad: tristeza maternal o "depresión postparto"

Según datos epidemiológicos, hasta el 60% de las mujeres experimentan el denominado "*maternity blues*", un estado de ánimo caracterizado por la tristeza y los sentimientos de culpa, minusvalía o incapacidad que acontece en las semanas posteriores al parto dentro del proceso de transición que vive una mujer en el proceso de la maternidad (38). Cuando estos síntomas se mantienen en el tiempo o tienen una repercusión vital importante, podemos encontrarnos ante un cuadro de mayor gravedad, o depresión postparto, que puede cursar con hostilidad y sentimientos de desvinculación hacia el niño, e incluso ideación autolítica, llegando a configurar una psicosis cuando presenta ideas delirantes, alucinaciones, desorganización conductual o ánimo inusualmente exaltado o disfórico (39).

Clásicamente, se ha atribuido el origen de estos síntomas a los cambios hormonales asociados al parto y la instauración de la lactancia; sin embargo, se ha visto que la lactancia materna y el contacto piel con piel entre la madre y el bebé podrían ser protectores frente a los mismos (40, 41). Además, recientemente se ha producido un importante aumento de la prevalencia (hasta el 10%) de cuadros semejantes en varones que practican una paternidad implicada, sin que, evidentemente, hayan experimentado los cambios biológicos y hormonales que supone un puerperio (42). También resulta significativa la mayor prevalencia de síntomas en madres primerizas

que en puerperios posteriores, cuando la cascada hormonal que se produce en cada parto es en esencia la misma y, sin embargo, la transición de rol de una mujer que ya ha sido madre previamente es menor. Por último, conviene mencionar que en los foros científicos cada vez se está dando más relevancia al posible componente traumático asociado a la experiencia del parto, situación que se produce con cierta frecuencia en el contexto de la violencia obstétrica (36).

Al margen del papel que puedan jugar los factores hormonales y la experiencia del parto, el nacimiento de un hijo, especialmente del primero, supone un drástico cambio vital, con la emergencia de una nueva identidad y el reordenamiento de las prioridades vitales, que puede conllevar pérdidas y sus respectivos procesos de duelo. Un estudio reciente apoya la existencia de un periodo temporal de adaptación al nuevo rol materno y defiende que seis meses es el tiempo mínimo en el que las mujeres empiezan a sentirse confiadas y seguras en su nuevo rol como madres (43). Además, los primeros meses de cuidado del recién nacido implican un sobreesfuerzo físico y mental que acapara prácticamente todas las esferas de la vida de la madre, incluyendo la relegación a un segundo plano del sueño y del autocuidado. Este sobreesfuerzo podría repercutir negativamente en el estado psíquico de la mujer e interferir en el ritmo natural de la díada madre-bebé; sobre todo, si esta carece de una red de soporte social que la ayude en la gestión de las tareas diarias.

4. Percepción de mobbing *laboral en relación al ejercicio de derechos maternales*

Según un estudio realizado en el Reino Unido en 2018, el 37% de las mujeres que han sido madres se plantean dejar su puesto laboral en el momento de incorporarse, a pesar de que allí los permisos maternales son mucho más extensos que en nuestro país (doce meses frente a dieciséis semanas) y la mayor parte de las mujeres los disfrutan al completo. Las razones que, según este estudio, alegan las mujeres tienen que ver con las dificultades que encuentran en la readaptación al medio laboral en su nueva situación, la incomprensión de los jefes y compañeros de trabajo, las trabas a la hora de conseguir medidas de conciliación (reducción de jornada, prescindir de turnos nocturnos…) y la práctica imposibilidad del mantenimiento de la lactancia. Más de un 40% de las mujeres de este estudio consideran que la maternidad ha supuesto un freno en su carrera profesional (44).

Desde la perspectiva narrativa, hemos de considerar que el valor de la persona y su realización individual en nuestra sociedad están muy ligados al concepto de éxito profesional en un trabajo público y remunerado, y la percepción en las mujeres de un fracaso en esta área vinculado a su maternidad puede suscitar intensos sentimientos de insatisfacción vital. Por ello, es recomendable explorar siempre las diferentes identidades, roles y expectativas que manejan las mujeres a las que atendemos

en nuestra consulta, ya que es habitual que, aparentemente, algunas de ellas puedan entrar en conflicto. Zheng *et al.* (45) sugieren que el uso de una mentalidad paradójica (esto es, aceptar que la persona puede aspirar a alcanzar distintos estereotipos aparentemente contradictorios y explorar nuevas opciones creativas que no resulten excluyentes) puede ser un factor protector para las mujeres que desempeñan roles laborales de liderazgo.

5. Sobrecarga por doble jornada

En los modelos de género transicionales, la mujer, a pesar de haberse incorporado al mercado laboral en una supuesta igualdad (aunque con mayor precariedad laboral y sueldos inferiores que el hombre), sigue siendo la principal sostenedora de los cuidados familiares, lo que provoca que, tras su jornada laboral, haya de entregarse a otra no menos extenuante de trabajo doméstico. Incluso en núcleos familiares donde el padre o la pareja masculina asume un papel cuidador y comparte la carga doméstica, la institucionalización de esta desigualdad (permisos de paternidad escasos, denegaciones de reagrupamiento familiar por cuidado de hijos…) acaba depositando la carga en la mujer de manera desigual. Un ejemplo de esto: en la Comunidad de Madrid, el 90,5% de las excedencias por cuidado de hijo menor de 3 años son solicitadas por mujeres (46).

Además de las desigualdades institucionalizadas, también juega un papel importante la socialización de la propia mujer en la responsabilización de los cuidados, lo que la puede llevar a experimentar sentimientos de culpa y minusvaloración de sus capacidades maternales al delegar los cuidados de los hijos en terceras personas.

En este sentido, cabe reivindicar la figura del padre y su función de corresponsabilidad en la crianza de los hijos.

6. Problemas identitarios ligados a los cuidados

La feminización de los cuidados característica del patriarcado afecta directamente a la maternidad y a las mujeres que deciden ser madres. La sobrecarga por "doble jornada", previamente descrita, es explicada por algunas autoras como la obligación de la mujer de mantener una "doble presencia", tanto en la esfera productiva como en la reproductiva. Esta "doble presencia" conlleva una elevada carga mental que se ve acentuada por las dificultades para externalizar en terceros el trabajo cuidador de los hijos (47). Las limitaciones para la externalización de cuidados están influidas, entre otros factores, por la socialización que experimenta la mujer y que favorece la interiorización de un ideal de "buena madre" que la responsabiliza de todo cuanto concierne a sus hijos. La idealización de una maternidad que disfruta

del "hacerse cargo" puede contrastar con la experiencia real de "doble presencia" y de carga mental que vivencian muchas madres. Así, los sentimientos de culpa son todavía frecuentes en las mujeres que, por necesidad o por deseo, delegan los cuidados de sus hijos en otras personas (que suelen ser, también, mujeres). Este fenómeno podría estar relacionado con la aparición reciente de relatos de mujeres que expresan arrepentimiento por haber tenido hijos y que refieren no haber encontrado en la maternidad la sensación de plenitud esperada (48). Por otro lado, esta sensación de vacío también es referida por madres cuyos hijos ya han pasado la primera infancia, o etapa de mayores cuidados, y ven cómo el rol con el que se habían definido a sí mismas comienza a resquebrajarse.

MÉTODOS DE INTERVENCIÓN: DECONSTRUYENDO NARRATIVAS

Según White y Epson (49), la narrativa es la forma que adquiere la descripción de nuestra experiencia en el contexto del lenguaje y la cultura. Esta visión ancla la historia del sujeto a su entramado social y a la influencia que los aspectos relacionales y culturales tienen a la hora de vivir y elaborar las experiencias, y, empleada en un marco terapéutico, pretende trabajar con los pacientes sus historias para devolverles la autoría de sus vidas (50).

La maternidad en sí misma es relación (de la mujer madre con su hijo) y marca un rol social (crianza, cuidados) que a día de hoy resulta todavía muy complicado integrar en otros roles, facetas e identidades de la persona. Del mismo modo en que no hay dos relaciones iguales, tampoco puede haber dos maternidades idénticas; sin embargo, el imaginario de la "buena madre" se presenta como universal y niega las realidades individuales, culpabilizando a las mujeres que transgreden sus discursos. En nuestra experiencia clínica, observamos que un porcentaje no desdeñable de mujeres presentan síntomas catalogados como ansiosos o depresivos que atribuyen, directa o indirectamente, a su maternidad, ya sea por duelos o dificultades adaptativas a su nuevo rol, por sobrecarga en la asunción del rol materno junto a roles profesionales, por sentimientos de culpa respecto a la incapacidad de alcanzar su ideal materno o por conflictos con el resto de sus identidades y facetas personales.

En la atención a las mujeres que han sido madres recientemente, se hace necesario mantener una visión sistémica que tenga en cuenta al bebé, el otro elemento implicado en la díada, y cuyas necesidades físicas y afectivas pueden verse afectadas por el malestar materno.

La exploración en las mujeres que son madres sobre sus sentimientos acerca de su maternidad, cómo llegaron a ella, cuáles son sus concepciones respecto al rol maternal, qué significado identitario tiene la maternidad para ellas y si este entra en conflicto con otras de sus identidades puede abrirnos una interesante puerta de en-

trada a la formulación y reformulación de sus historias y al abordaje de sus síntomas. Permitir y validar la expresión de las emociones positivas y negativas puede resultar muy sanador e introduce la posibilidad de que no exista una maternidad única e individual, desligada de la experiencia individual, sino que haya tantas maternidades como madres, o, incluso, tantas maternidades como hijos. Del mismo modo, ante el ideal de la "buena madre", podremos proponer la "madre suficientemente buena" de Winnicott: una madre que se preocupa por atender las necesidades de sus hijos, pero que también tiene necesidades propias; una madre que como humana se equivoca, pero que es capaz de restaurar los errores que comete en la relación con sus hijos (51).

En este contexto, nuestras interpretaciones deben ser realizadas con suma cautela, puesto que el potencial lesivo que de por sí ya tiene una interpretación mal efectuada en consulta puede ser mucho mayor para la mujer si con ella se cuestiona su forma de *maternar* (52). Recordemos que las inseguridades maternas se alimentan de los múltiples consejos y críticas desde todos los ámbitos que la mayor parte de las madres, especialmente, las primerizas, experimentan incluso desde antes del parto.

Algunas de las claves propuestas para abordar la exploración desde una perspectiva narrativa son las siguientes:

- *Cómo se definía la mujer antes de la maternidad*: cómo se veía a sí misma en aquel entonces y cómo ve ahora a la mujer que era antes, explorando las pérdidas y los posibles duelos (proyección social, carrera profesional, tiempo de ocio, tiempo de pareja, cambios físicos…) y también las ganancias (una nueva relación, reorganización de relaciones previas, una nueva identidad, vivencias de empoderamiento tras el parto, mayor eficacia en la resolución de conflictos, reordenamiento de prioridades…). También resulta interesante explorar cómo llegó a la maternidad, la relación de la mujer con su propia madre y las expectativas que puede haber depositado en la maternidad a raíz de su propia experiencia como hija, pues, como refiere Rich (8), no todas las mujeres son madres, pero todas las madres son hijas de mujeres.

- *Disonancias entre ideal materno y maternidad real*: a este respecto, debemos explorar los presupuestos y valores respecto a la maternidad que la mujer tiene interiorizados, muchas veces de forma inconsciente, y preguntar acerca de sus modelos maternales cercanos (madre, abuelas…). Dados los distintos modelos de género que conviven en nuestra sociedad, resulta interesante explorar sus ideales acerca de la feminidad y la maternidad, la conexión entre ambas y los supuestos de realización personal.

Asimismo, podemos adentrarnos en el conflicto que supone para la identidad de la mujer la realización por medio de una maternidad cuidadora y presente, y la realización por medio de un proyecto laboral público y remunerado, los duelos por las renuncias y los problemas prácticos para la conciliación. También podemos explorar la sexualidad de la mujer, un ámbito de su vida que el estereotipo de la "buena

madre" ignora o anula y que por distintas circunstancias puede verse afectado negativamente con la emergencia del rol materno.

- *Abrir nuevas identidades*: en muchas ocasiones, sobre todo durante los primeros años de la crianza, la irrupción de la identidad materna puede ensombrecer y llegar a anular otras identidades de la mujer. En algunos casos, resulta útil dar voz en nuestra consulta a estas identidades, por ejemplo, mediante la técnica de las voces múltiples o de las sillas vacías, favoreciendo así la expresión de necesidades en un territorio seguro y la re-construcción y co-construcción de historias propias. Resulta interesante trabajar con la aceptación de partes de la persona aparentemente contradictorias para fomentar el uso de una mentalidad paradójica.

- *Explorar redes afectivas y sociales*: la privatización de la crianza y la disgregación de las familias extensas han provocado que muchas de las mujeres que son madres en nuestra sociedad experimenten una intensa vivencia de soledad en la crianza, especialmente en los primeros meses de vida de sus hijas e hijos. La corresponsabilidad de la pareja cuando la hay y la promoción de políticas públicas que faciliten la conciliación familiar resultan tareas inaplazables. En este sentido, puede ser útil sacar el malestar de la madre de su individualidad y ponerlo en un contexto social más amplio, así como animarla a potenciar sus redes de apoyo o buscar otras nuevas.

La maternidad muchas veces reconecta a las nuevas madres con las suyas propias y con otras mujeres de la familia, permitiendo resignificar algunas narrativas biográficas y familiares, pero también puede reavivar conflictos e historias dolorosas. Por otro lado, autoras como del Olmo (31) proponen repensar la maternidad desde una perspectiva feminista que defienda el derecho a cuidar, y señalan que la estrategia histórica de generar "tribus" de crianza que compartan sus experiencias y sus historias puede ser una solución a muchos de los malestares que a día de hoy se encuentran asociados a la soledad materna.

a) Dificultades en el abordaje terapéutico

Debemos ser cautos en nuestro trabajo sobre las narrativas y no caer en un reduccionismo que quite valor a las funciones de cuidado o arrincone la identidad materna. Es difícil combatir desde nuestra consulta la soledad de las madres, pero podemos colaborar en la construcción de discursos que revaloricen su labor y su toma de decisiones, reforzar la corresponsabilidad de la pareja, si la hay, y animar a la mujer a ampliar sus apoyos en la crianza. Habremos de ser cuidadosos en la exploración de los sentimientos, permitiendo la expresión de emociones negativas, así como trabajar escenas de posible contenido traumático que pueden relatar las mujeres que han sido víctimas de la violencia obstétrica. Del mismo modo, debemos tener presente que las interpretaciones agresivas o las críticas hacia los modelos de crianza es-

cogidos por la mujer pueden resultar muy lesivas y aumentar la falta de confianza en las propias capacidades que suele caracterizar a la maternidad en sus primeras etapas.

Desde nuestra percepción, en el abordaje terapéutico es de suma importancia trabajar en el cuestionamiento y la visibilización de los discursos sociales que están detrás de algunas visiones de la maternidad y que pueden estar contribuyendo al desarrollo de malestares emocionales de las mujeres que son madres.

CONCLUSIONES

La consulta nos brinda la oportunidad de abrir un espacio de escucha en el que historias rígidas respecto a la maternidad –sus dificultades, sus conflictos y sus presupuestos– se hagan más flexibles, permitiendo a las mujeres vivir la maternidad de una forma más acorde a sus deseos al liberarse del juicio que impone el discurso social de la "buena madre". Sin embargo, no debemos perder de vista que el malestar que acompaña a la vivencia de la maternidad no es privado, sino que corresponde al orden de lo social. Por ello, puede resultar conveniente fomentar la participación de mujeres en grupos de lactancia y de postparto en la primera etapa de la maternidad, y, más adelante, animarlas a formar grupos ("tribus de madres") en los que compartir sus experiencias, dificultades e inquietudes. Asimismo, se debe balancear la responsabilidad en el cuidado de los hijos y, en los casos en que el padre esté presente, abundar en su implicación en la crianza y en la práctica de una paternidad igualitaria y responsable. También es recomendable rescatar las experiencias de crecimiento, superación y empoderamiento que muchas veces las mujeres cuentan en relación al parto, la maternidad y la crianza.

Desde luego, excede las competencias de nuestra consulta reclamar un aumento de las prestaciones maternales y paternales, así como mejoras en las medidas de conciliación y abolición de la brecha laboral y salarial de la maternidad que amplifican la brecha de género; no obstante, tomar conciencia de la precariedad de estas realidades nos ayudará a desculpabilizar a la mujer y legitimar su malestar ante las dificultades que puede tener que afrontar desde su identidad de madre.

Bibliografía

(1) Pérez-Sales P. Reflexiones sobre el concepto de identidad e identidad étnica. Revista de Psicología Social 2006; 21 (3): 285-297.

(2) Stainton Rogers W, Stainton Rogers R. The psychology of gender and sexuality. Philadelphia: Open University Press, 2001.

(3) Worell J. Gender and sex roles issues in counselling. En: Worell J, Remer P. Feminist perspectives in therapy. Hoboken, NJ: Wiley, 1992; pp. 3-25.

(4) Bordo S. El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo. Revista de estudios de género La ventana 2001;14: 7-81.

(5) Serrano A, Martín M, Mancilla L. La desconocida historia de la histeria. Gomeres: salud, historia, cultura y pensamiento [blog]. (2017). Disponible en: http://index-f.com/gomeres/?p=2158

(6) Sau V. El vacío de la maternidad. Madre no hay más que una. Barcelona: Icaría Antrazyt, 1995.

(7) Blaise S. El rapto de los orígenes o el asesinato de la madre. Madrid: Vindicación Feminista, 1996.

(8) Rich A. Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución. Valencia: Cátedra, 1986.

(9) Molina M. Transformaciones histórico culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. Psykhe 2006; 15(2): 93-103.

(10) Estudio Eurostat 2016. [Internet] [Consultado el 23 septiembre 2020] Disponible en https://europa.eu/european-union/documents-publications/statistics_es

(11) Sauer MV. Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. Int J Fertil Steril 2015; 103(5): 1136-43.

(12) Rodrigáñez C. La guerra de los sexos: feminismo y reconversión de la función del padre. Jornadas de Vía Láctea, 2019 (Jaca, España). Disponible en: https://sites.google.com/site/casildarodriganez2/la-guerra-de-los-sexos-feminismo-y-reconversion-de-la-funcion-del-padre-2019

(13) Alberdi I, Matas N, Escario P. Les dones joves a Espanya. Barcelona: Fundación La Caixa, 2000.

(14) Alba C, Aler I, Olza I. Sociología de la maternidad en España. En: Maternidad y salud. Ciencia, conciencia y experiencia. Informes, estudios e investigación. Madrid: Servicios Sociales e Igualdad, 2012.

(15) Velasco S. Sexo, género y salud. Madrid: Minerva Ediciones, 2009.

(16) Velasco S. Enfoque de género en programas de salud para factores de riesgo de salud mental en la mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de Salud de la Mujer, 2008.

(17) Hays S. Las contradicciones culturales de la maternidad. Barcelona: Paidós, 1998.

(18) Stern D. The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy. Nueva York: Basic Books, 1995.

(19) Stern D. The present moment in psychotherapy and every life. Nueva York: Norton, 2004.

(20) Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. BMJ Open 2018; 8(10).
(21) Callister L, Semenic S, Foster JC. Cultural and spiritual meanings of childbirth. Orthodox Jewish and Mormon women. J Holist Nurs. 1999; 17(3): 280-295.
(22) Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: OMS, 2014.
(23) Organización de las Naciones Unidas. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Informes a la Asamblea General -74º período de sesiones (A/74/137), 2019.
(24) Gimeno B. La lactancia materna. Política e identidad. Madrid: Ediciones Cátedra, 2018.
(25) Organización Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. Ginebra: 55ª Asamblea Mundial de la Salud, 2012.
(26) Marín MA, Llana I, López A, Fernández E, Romero I, Touza P. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. Acta Paediatr. 2010; 99: 1630-1634.
(27) Moneta ME. El apego. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos, 2003.
(28) Alba C, Aler I, Olza I. Neurobiología del parto. En: Maternidad y salud. Ciencia, conciencia y experiencia. Informes, estudios e investigación. Madrid: Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
(29) Olza-Fernández I, Ruiz-Berdún MD, Villarmea S. La culpa de las madres. Promover la lactancia maternal sin presionar a las mujeres. Dilemata 2017; 25: 217-225.
(30) López-Varela D. Maternofobia. Barcelona: Ediciones Península, 2019.
(31) Del Olmo C. ¿Dónde está mi tribu? Madrid: Clave Intelectual, 2013.
(32) Baena L. Soy una buena malamadre. Madrid: Lunwerg, 2015.
(33) Brugo-Olmedo S, Chillik C, Kopelman S. Definición y causas de la infertilidad. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2003; 54 (4): 227-248.
(34) Santos P, Yáñez A, Al-Adib M. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Extremadura: Servicio Extremeño de Salud, 2015.
(35) Gómez A. Terapia EMDR: abordajes complementarios con niños. Trauma complejo, apego y disociación. Barcelona: Biblioteca EMDR, 2016.
(36) Olza I. Los aspectos médicos de la gestación subrogada desde una perspectiva de salud mental, holística y feminista. Dilemata (2018); 10 (28): 1-12.
(37) Tamayo Muñoz J, Restrepo Moreno C, Gil L, González Vélez A. Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia. Grupo Médico por el Derecho a Decidir. GDC Colombia, 2015.
(38) Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Nishide Y, Honjo S. Maternity blues and attachment to children in mothers of fullterm normal infants. Acta Psychiatr Scand. 2000; 101 (3): 209-17.
(39) Bezares B, Sanz O. Patología puerperal. An Sist Sanit Navar. 2009; 32 (1): 169-175.
(40) Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: A qualitative systematic review. Pediatrics 2009; 123: 736-751.

(41) Rivara G, Rivara P, Cabrejos K, Quiñones E, Ruiz K, Miñano K, *et al*. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. Rev Peru Pediatr. 2007; 60: 140-9.
(42) Paulson JF, Bazemore S. Prenatal and post-partum depression in fathers and its association with maternal depression. A meta-analysis. JAMA 2010; 303(19):1961-9.
(43) Hedegaard Kristensen I, Simonsen M, Trillingsgaard T, Pontoppidan M, Kronborg H. First-time mothers´ confidence mood and stress in the first months postpartum. A cohort study. Sex Reprod Healthc. 2018; 17: 43-49.
(44) MMB Maternity Returner Survey Results 2018. [Internet] [Consultado el 23 de septiembre de 2020] Disponible en: https://westyorkshire.mmbmagazine.co.uk/returners/mmb-maternity-returner-results-released/
(45) Zheng W, Kark R, Meister A. Paradox versus dilemma mindset: A theory of how women leaders navigate the tensions between agency and communion. Leadersh Q. 2018; 29: 584–596.
(46) Secretaría de las Mujeres CCOO de Madrid. Informe de la situación socio-laboral de las trabajadoras madrileñas de CCOO, marzo 2018. [Internet] Disponible en: http://www.madrid.ccoo.es
(47) Vivas E. Maternidad insumisa: una mirada feminista a la maternidad. Barcelona: Capitán Swing, 2019.
(48) Donath O. Madres arrepentidas. Madrid: Penguin Random House, 2015.
(49) White M, Epson D. Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós, 1993.
(50) Paré D. Culture and meaning: expanding the metaphorical repertoire of family therapy. Fam Process 1996; 35: 21-43.
(51) Winnicott D. Los bebés y sus madres. El primer diálogo. Barcelona: Editorial Paidós, 1998.
(52) Rodríguez-Vega B, Fernández-Liria A. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2002.